

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014-15

TRABALLO FIN DE GRAO

**Efectividad de las terapias psicosociales y de
rehabilitación en personas con esquizofrenia**

Paloma Hernández Patiño

Titora: M^a Consuelo Carballal Balsa

Xuño 2015

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
1.1 Resumen.....	3
1.2 Abstract.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. OBJETIVOS.....	8
4.1 Objetivo general	8
4.2 Objetivos específicos	8
5. METODOLOGÍA	9
5.1 Tipo de Estudio	9
5.2 Localización y selección de estudios.....	9
5.2.1 Localización	9
5.2.2 Selección de Estudios	11
5.3. Revisión y Análisis de los estudios seleccionados.....	13
6. RESULTADOS.....	19
7. DISCUSIÓN	30
8. CONCLUSIÓN.....	38
9. CRONOGRAMA	39
10. PLAN DE DIFUSIÓN	40
11. BIBLIOGRAFÍA.....	41
12. ANEXOS.....	47

1. RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia constituye uno de los trastornos psicóticos más importantes hoy en día, afectando al 0.7-1% de la población mundial. Sus síntomas se dividen en positivos, negativos y déficit cognitivo. Las terapias psicosociales conforman una parte importante del tratamiento, complementando al tratamiento farmacológico centrándose en los aspectos cognitivos y en las habilidades sociales de las personas que tienen el diagnóstico de esquizofrenia.

Objetivos: El objetivo de esta revisión consiste en describir y evaluar la efectividad de las terapias psicosociales y de rehabilitación con mayor relevancia en el tratamiento del paciente con esquizofrenia, y evaluar el papel de la enfermera especialista de salud mental en la implementación de dichas terapias.

Metodología: Revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre las terapias psicosociales empleadas en la esquizofrenia y el papel que cobra en ellas la enfermera especialista en Salud Mental.

Discusión: La investigación en torno a estas terapias es amplia y los resultados avalan su eficacia como tratamiento complementario al farmacológico, ya que ofrece muchos beneficios para las personas diagnosticadas de esquizofrenia. No se menciona la enfermería en ninguno de los artículos encontrados durante esta revisión, y sin embargo muchas de estas terapias pueden ser realizadas por enfermeras.

Conclusión: Quedó demostrada la eficacia de las terapias psicosociales como coadyuvantes del tratamiento farmacológico, por su ayuda tratando los síntomas y los déficits cognitivos y por mejorar la adherencia al tratamiento y evitar las recaídas. Son necesarios más estudios en torno a estas terapias, en especial desde el ámbito de la investigación enfermera.

Palabras clave: No Farmacológico, Terapias, Esquizofrenia, Enfermera, Enfermería.

1.1 Resumo

Introdución: A esquizofrenia constitúe un dos trastornos psicóticos máis importantes hoxe en día, afectando ó 0.7-1% da poboación mundial. Os seus síntomas se dividen en positivos, negativos e déficit cognitivo. As terapias psicosociais conforman unha parte importante do tratamento, complementando ó tratamento farmacolóxico centrándose nos aspectos cognitivos e nas habilidades sociais das persoas que teñen o diagnóstico de esquizofrenia.

Obxectivos: O obxectivo desta revisión consiste en describir e avaliar a efectividade das terapias psicosociais e de rehabilitación con maior relevancia no tratamento do paciente con esquizofrenia, e avaliar o papel da enfermeira especialista de saúde mental na implementación de ditas terapias.

Desenvolvemento: Revisión bibliográfica da mellor evidencia científica sobre as terapias psicosociais empregadas na esquizofrenia e o papel que nelas cobra a enfermeira especialista en Saúde Mental.

Discusión: A investigación en torno a estas terapias é ampla e os resultados avalan a súa eficacia coma tratamento complementario ó farmacolóxico, xa que ofrece moitos beneficios para as persoas diagnosticadas de esquizofrenia. Non se menciona a enfermaría en ningún dos artigos atopados durante esta revisión, e sen embargo moitas de estas terapias poden ser realizadas por enfermeiras.

Conclusión: Quedou demostrada a eficacia das terapias psicosociais como contribuíntes ao tratamento farmacolóxico, pola súa axuda tratando os síntomas e os déficits cognitivos e por mellorar a adherencia ó tratamento e evita-las recaídas. Son necesarios máis estudos en torno a estas terapias, en especial dende o ámbito da investigación enfermeira.

Palabras clave: Non Farmacolóxico, Terapias, Esquizofrenia, Enfermeira, Enfermaría.

1.2 Abstract

Introduction: Schizophrenia is one of the major psychotic disorders nowadays, affecting 0.7 - 1% of the world's population. Its symptoms are divided into positive, negative and cognitive deficit. Psychosocial therapies make up an important part of the treatment, complementing the pharmacological treatment by focusing on the cognitive aspects and the social skills of the people who have diagnosis of schizophrenia

Objectives: The objective of this review is to describe and assess the effectiveness of rehabilitation and psychosocial therapies with greater relevance in the treatment of the patient with schizophrenia, and also assess the role of the nurse practitioner of mental health in the implementation of such therapies.

Methodology: Literature review of the best scientific evidence on psychosocial therapies employed in schizophrenia and the role the nurse practitioner of mental health takes in them.

Discussion: The research around these therapies is wide and the results support their efficacy as an add-on to the pharmacological treatment, since they offer many benefits for the people diagnosed with schizophrenia. Nursing is not mentioned in any of the articles used in this review, even though many of these therapies can be performed by nurses.

Conclusion: It's been demonstrated the effectiveness of psychosocial therapies as an add-on to drug treatment, because they help treating the symptoms and cognitive deficits and also improve the adherence to the treatment and avoid relapses. Further studies on these therapies, especially from the field of nursing research, are necessary.

Key words: Non Pharmacological, Therapies, Schizophrenia, Nurse, Nursing.

2. INTRODUCCIÓN

El término “psicótico” constituye un concepto capital en la historia de la psiquiatría, y podríamos decir que se manifiesta como el heredero del viejo concepto cultural de locura. En 1988 la American Psychiatric Association (APA) publicó un glosario que pretendía aclarar los conceptos empleados en la tercera revisión del DSM (DSM-III) en su versión revisada DSM-III-R). ⁽¹⁾

La APA define psicosis como “un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida”. Este trastorno está “caracterizado a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de los impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones”. Y termina diciendo que “el término es aplicable a situaciones que presentan un amplio rango de gravedad y duración”. ⁽¹⁾

La esquizofrenia es una enfermedad muy compleja la cual pertenece al grupo de trastornos psicóticos. La búsqueda de su etiología es uno de los objetivos más ansiados y difíciles de la psiquiatría, y resulta imposible reunir todos los datos dentro de una explicación integradora. Durante las investigaciones se han considerado diferentes factores: ambientales, psicosociales, biológicos, genéticos... ⁽¹⁾

En las últimas décadas se han logrado avances notables en la comprensión de cómo trabajan las neuronas individualmente, y múltiples estudios han evidenciado que una alteración en la sincronía neuronal podría ser uno de los principales mecanismos implicados en la etiopatogenia de la esquizofrenia. ⁽²⁾

Sus síntomas se pueden dividir en síntomas positivos (alucinaciones, delirios), síntomas negativos (aplanamiento afectivo, aislamiento social) y déficits cognitivos, siendo estos últimos una disfunción central de la

enfermedad. Algunos estudios evidencian que la reducción y el retraso en las respuestas oscilatorias en frecuencia gamma asociadas a estímulos o en aquellas inducidas por estimulación visual se relacionan con los síntomas negativos y los déficits cognitivos; en tanto, los síntomas positivos muestran relación con el aumento de la conectividad a nivel local y excesivo poder gamma de alta energía ⁽²⁾

Este trastorno mental es un problema de salud significativo en todos los países y actualmente es considerado una de las principales causas de discapacidad. Afecta al 0,7% - 1% de la población mundial (45 millones de personas), y se inicia en la etapa de la adolescencia o la etapa productiva del individuo. En la población general el riesgo de desarrollar la enfermedad es de 1%, incrementándose al 10% en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia, y aún más en familias con varios miembros que presentan la enfermedad. Se ha calculado que la posibilidad de heredar la enfermedad es de aproximadamente el 80%. ⁽³⁾

La base del tratamiento de la esquizofrenia son los antipsicóticos que, debido a lo incurable de la enfermedad, los pacientes necesitarán tomar de por vida. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que este tratamiento farmacológico debe ser complementado por alguna forma de intervención psicosocial la cual mejorará el funcionamiento psicosocial, la adherencia al tratamiento y la función cognitiva del paciente, entre otros. ^(4, 5, 6)

Estas intervenciones terapéuticas intervienen principalmente en las disfunciones cognitivas y en las habilidades sociales, aunque también se han asociado con la disminución de los síntomas de la enfermedad, principalmente los positivos, considerando que el alivio de estos puede, por sí mismo, disminuir los síntomas negativos como el aislamiento social y la apatía ^(5, 7)

3. JUSTIFICACIÓN

En promedio, la esperanza de vida de las personas con diagnósticos psiquiátricos y su respectivo tratamiento es de 20-30 años menos. Esto es debido a su situación de vida (en múltiples ocasiones, precaria), su estado físico general y el consumo de psicofármacos tóxicos. ⁽⁸⁾

La administración de psicofármacos, en especial neurolépticos, puede generar la aparición de enfermedades crónicas que pueden llegar a ser mortales; entre otras los síndromes de déficit crónicos (falta permanente del impulso y necesidad de hablar y tener contactos sociales), delirios, psicosis y depresiones crónicas, daños irreparables en retina, córnea y nervio óptico, trastornos musculares y motrices irreversibles, ictericia crónica y daños hepáticos, tumores en las glándulas mamarias, sobrepeso, trastornos en el metabolismo de grasas, hipertensión, resistencia a la insulina que puede desencadenar en diabetes, enfermedades vasculares, infartos cardíacos o accidentes cerebrovasculares y un largo etcétera. ⁽⁸⁾

Los antidepresivos también tienen muchos efectos nocivos, entre ellos la cronificación de la depresión y el efecto suicidal, causa de que muchos de los afectados fallezcan a una edad temprana. ⁽⁸⁾

Este trabajo plantea una revisión bibliográfica de las intervenciones psicosociales, no centradas en los fármacos, sino en aspectos psicológicos, sociales y de cuidados, que se han desarrollado en torno a la esquizofrenia, ya que ha sido demostrado que el tratamiento farmacológico, aunque necesario, no evita que recaigan entre 36 y 78% de los pacientes, haciéndose así patente la necesidad de intervenciones psicosociales que incluyan a los familiares. Por tanto, los tratamientos combinados (psicofármacos, psicoterapia y técnicas de rehabilitación) son la indicación terapéutica específica en el abordaje terapéutico de la esquizofrenia hoy en día. ⁽⁹⁾

La intención de esta revisión es investigar si la aplicación de estas terapias puede llegar a eximir del tratamiento farmacológico, o al menos reducir las dosis necesarias para paliar los síntomas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

1. Describir y evaluar la efectividad de las terapias psicosociales y de rehabilitación con mayor relevancia en el tratamiento del paciente con esquizofrenia.

4.2 Objetivos específicos

1. Evaluar el papel de la enfermera especialista de salud mental en la implementación de dichas terapias.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

Revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre las terapias psicosociales y de rehabilitación cognitiva empleadas en pacientes con esquizofrenia.

Esta revisión se realizó en dos fases:

- Localización y Selección de Estudios Relevantes.
- Análisis de los Estudios Seleccionados.

5.2 Localización y selección de estudios

5.2.1 Localización

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos electrónicas y otras fuentes electrónicas que contienen información relevante para la investigación. La estrategia de búsqueda incluyó términos aprobados por la OMS e incluidos en la MeSH Database.

Los términos MeSH y las “palabras clave” utilizadas en la búsqueda, fueron las siguientes:

Non pharmacological, non drug, therapy, therapies, treatment, treatments, psychotic, psychotics, schizophrenia, schizophrenic, nurse, nursing. Y sus correspondientes en castellano.

Como operadores booleanos, se utilizaron los términos, AND, OR y NOT.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos electrónicas:

- **MEDLINE**, base de datos de la National Library of Medicine, con más de 5000 revistas de enfermería y medicina indexadas.
- **Cochrane Library Plus**, considerada la mayor fuente de evidencia sobre los efectos de la atención sanitaria en lengua española e inglesa.
- **CINAHL**, (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud indexa prácticamente todas las revistas

enfermería publicadas en inglés, las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing, así como revistas procedentes de otras 17 disciplinas relacionadas con la salud.

- **CUIDEN CIBERINDEX**, base de datos bibliográfica de la fundación Index, especializada en enfermería, incluye la producción científica en Cuidados de Salud del espacio científico Iberoamericano. En esta base de datos está incluida la revista PRESENCIA (revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso).
- **SCIELO (Scientific Electronic Library Online)**: es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos. Es el resultado de cooperación entre BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud) y FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). En España está siendo desarrollado por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, gracias al acuerdo de colaboración establecido en la OPS/OMS y el Instituto de Salud Carlos III.
- **DIALNET**: Fundación Universitaria de La Rioja que facilita el acceso a contenidos científicos y eruditos de ámbito hispano y portugués a través de Internet, y consolida la hemeroteca electrónica de revistas científicas escritas en estos idiomas.
- **ENFISPO**: base de datos que permite la consulta del catálogo de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Con la ayuda inestimable de la biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Gallego (Bibliosaude).

Otro recurso electrónico utilizado fue el Google Académico. También se consultaron las siguientes páginas web:

- Hearing Voices Network: <http://www.hearing-voices.org/>
- International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices: <http://www.intervoiceonline.org/>
- Saltando Muros: <http://blogsaludmentaltenerife.blogspot.com.es/>
- La Otra Psiquiatría: <http://www.laotrapsiquiatria.com/>
- Radio Nikosia: <http://www.radionikosia.org/>
- Radio Prometea: <https://radioprometea.wordpress.com/>
- International Network towards Alternatives And Recovery: <http://intar.org/>

5.2.2 Selección de Estudios

La selección inicial se realizó a partir de los títulos y resúmenes de los artículos resultantes de la primera búsqueda cuando en el título o resumen aparece un término preseleccionado, se recupera el texto completo para su análisis.

- **Criterios de inclusión**

Artículos originales y revisiones que incluyan en su título, resumen o texto, los términos MeSH o palabras clave seleccionados previamente y que resulten pertinentes para los objetivos de la Revisión Sistemática, que estén disponibles en texto completo en inglés o castellano y hayan sido publicados en los últimos 10 años.

- **Criterios de exclusión**

Artículos que no incluyen los términos seleccionados y artículos que versan sobre otros tratamientos distintos (estimulación magnética transcraneal, tratamiento farmacológico, etc).

En la siguiente tabla se muestra de forma resumida el número de artículos localizados en cada una de las bases de datos consultadas en la primera búsqueda, que sólo se discriminó por palabras clave, años de publicación e idioma del artículo.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda inicial

Base de Datos	Artículos
MEDLINE	44
DIALNET	4
CINAHL	-
CUIDEN	1
SCIELO	14
COCHRANE	0
ENFISPO	2
Total	65

Fuente: elaboración propia

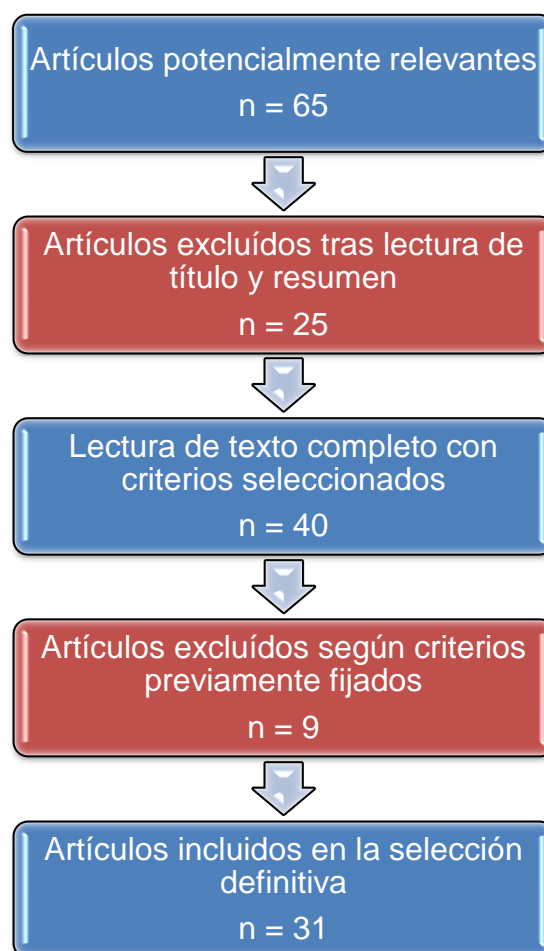
En la base de datos CINAHL resultó imposible realizar una búsqueda, pues es necesario estar registrado como miembro.

En primer lugar se leen todos los resúmenes y tras esta primera lectura se eliminan 25 artículos por los motivos que se enumeran a continuación:

- 6 por bajo nivel metodológico, sin resultados, bajo nivel de impacto y grado de recomendación.
- 6 no cumplen uno o varios criterios de inclusión.
- 3 por falta de acceso al texto completo.
- 10 centrados en un tratamiento sin comparación (estimulación magnética transcraneal, fármacos, etc).

Tras esta selección inicial se recuperan 40 artículos para su lectura completa, bien porque cumplían totalmente los criterios de inclusión o porque se tuvieron dudas acerca de la pertinencia de los mismos que no pudieron resolverse con la lectura del resumen. En la selección final se incluyen 31 artículos que cumplen todas las condiciones preestablecidas de criterios, fechas y resultados.

Figura 1. Proceso de selección de artículos



Fuente: elaboración propia

5.3. Revisión y Análisis de los estudios seleccionados

Los artículos obtenidos se clasificaron en función del nivel de evidencia científica (Tabla 2) con la metodología propuesta por el Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM). <http://www.cebm.net/>.

Esta clasificación internacional se eligió basándose en la elevada precisión de los criterios que utiliza para ordenar la evidencia, también porque es la única de las escalas consultadas que tiene en cuenta tratamiento, prevención, etiología y daño, con la calidad añadida que supone un apartado dedicado a la evaluación de costes relacionados con resultados.

Tabla 2. Clasificación de Niveles de evidencia y Grados de recomendación

Nivel evidencia	Tipo de Estudio	Grado Recomendación
1a	Revisión Sistemática (RS) con homogeneidad de EC controlados con asignación aleatoria	A
1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	
1c	Estudios eficiencia demostrada por la práctica clínica	
2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	B
2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	
2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	
3a	RS de estudios de casos y controles, con homogeneidad	
3b	Estudios de casos y controles individuales	C
4	Serie de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	
5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en “principios fundamentales”	D

Fuente: Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM)

En la siguiente tabla (Tabla 3) se muestran los estudios que integraron la selección definitiva, ordenados cronológicamente, con sus características descriptivas principales: autores, título y revista de publicación.

Tabla 3. Estudios seleccionados definitivamente

Autores	Título	Revista
1- Chun-Yuan Lin, Guochuan E. Tsai, and Hsien-Yuan Lane	Assessing and Treating Cognitive Impairment in Schizophrenia: Current and Future	Current Pharmaceutical Design, 2014, 20, 5127-5138
2- Tania Lecomte, Marc Corbière, Stéphanie Simard and Claude Leclerc	Merging Evidence-Based Psychosocial Interventions in Schizophrenia	Behav. Sci. 2014, 4, 437–447
3- Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V.	Integrated psychological therapy: effectiveness in schizophrenia inpatient settings related to patients' age	Am J Geriatr Psychiatry 2013 Mar;21(3):231-241.
4- Peter Lehmann	Alternativas a la psiquiatría	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (117), 137-150
5- Margarita Silvestre García, Joaquín Ingelmo Fernández, Alfonso García-Ordás Álvarez	Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (117), 289-300
6- Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE.	Psychosocial treatments for schizophrenia. Annu	Rev Clin Psychol 2013;9:465-497.
7- Emilia Pérez La Rotta	Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa	Revista de Psicología Vol. 30 (1), 2012
8- Paloma Roxana García Ramos, Ana Moreno Pérez, Namdev Freund Llovera, Guillermo Lahera Forteza	Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (116), 739-756
9- Hongbo LU, Yuying LI, Feng LI, Xinyi JIAO, Wen SHI, Kanglin GUO, Pengfei LIU	Randomized controlled trial on adjunctive cognitive remediation therapy for chronically hospitalized patients with schizophrenia	Shanghai Archives of Psychiatry, 2012, Vol.24, No.3

Autores	Título	Revista
10- N.V.Murthy, H. Mahncke, B.E. Wexler, P. Maruff, A. Inamdar, M. Zucchetto, J. Lund, S. Shabbir, S. Shergill, M. Keshavan, S. Kapur, M. Laruelle, R. Alexander	Computerized cognitive remediation training for schizophrenia: An open label, multi-site, multinational study	Schizophrenia Research 139 (2012) 87–91
11- Sergio Niklitschek L, Paula Pino P, Francisco Aboitiz D	Sincronía neuronal y esquizofrenia: luces y sombras	Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4): 372-380
12- Volker Roder, Daniel R. Mueller and Stefanie J. Schmidt	Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update	Schizophrenia Bulletin vol. 37 suppl. 2 pp. S71–S79, 2011
13- Freddy Sarin, Lennart Wallin, Birgitta Widerlöv	Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials	Nord J Psychiatry 2011;65:162–174.
14- Til Wykes, Ph.D. Vyv Huddy, Ph.D. Caroline Cellard, Ph.D. Susan R. McGurk, Ph.D. Pál Czobor, Ph.D.	A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes	Am J Psychiatry 2011; 168:472–485
15- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M.	Cost-effectiveness of pharmacological and psychosocial interventions for schizophrenia.	Cost Eff Resour Alloc 2011 May 13;9:6-7547-9-6.
16- O. Gabaldón Poc, M. Ruiz Iriondo, M ^a A. Bilbao Ramírez, J.M ^a . Burguera, A. Alústiza García, B. Erkizia Amilibia, M ^a J. Sakara Magallón	Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT).	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 2010, pp. 93-107.

Autores	Título	Revista
17- Alice Medalia & Jimmy Choi	Cognitive Remediation in Schizophrenia	Neuropsychol Rev (2009) 19:353–364
18- Morris D. Bell, Joanna M. Fiszdon, Gary Bryson	Attention training in schizophrenia: Differing responses to similar tasks	Journal of Psychiatric Research 43 (2009) 490–496
19- Giugni, Marylin. Bordonos, Daniel. Malavé, Beisy. Grimón, Francisca. Monguet, Joseph M ^a	Herramienta de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia	Universidad, Ciencia y Tecnología. Volumen 13, N° 50, marzo 2009. pp 51-58
20- Til Wykes, Craig Steel, Brian Everitt, and Nicholas Tarrier	Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor	Schizophrenia Bulletin vol. 34 no. 3 pp. 523–537, 2008
21- Claudia Gutiérrez Ciceri, María Victoria Ocampo Saldarriaga, Juliana Gómez Franco	Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura	Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37, Suplemento No. 1, 2008
22- Francisco Javier Muñoz Molina, Silvia Liliana Ruiz Cala	Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia	Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI No. 1 / 2007
23- Dawn I Velligan, Jodi M Gonzalez	Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia	Psychiatr Clin N Am 30 (2007) 535–548
24- Marilene Zimmer, Adriana Veríssimo Duncan, Daniela Laitano, Eloisa Elena Ferreira, Paulo Belmonte-de-Abreu	A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients	Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(2):140-7

Autores	Título	Revista
25- Katy Bateman, BSc, Lars Hansen, MD, MRCPsych, Douglas Turkington, MD, FRCPsych, David Kingdom, MD, MRCPsych	Cognitive Behavioral Therapy Reduces Suicidal Ideation in Schizophrenia: Results from a Randomized Controlled Trial	Suicide & Life - Threatening Behavior; Jun 2007; 37, 3; ProQuest Health & Medical Complete pg. 284
26- Susan R. McGurk, Ph.D., Elizabeth W. Twamley, Ph.D., David I. Sitzer, Ph.D., Gregory J. McHugo, Ph.D., and Kim T. Mueser, Ph.D.	A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia	Am J Psychiatry . 2007 December ; 164(12): 1791–1802.
27- Juan Antonio Morlana, Eva Alarcón, Javier Herruzo	Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia	Análisis y Modificación de Conducta, 2006, Vol. 32, Nfl 146
28- Volker Roder, Daniel R. Mueller, Kim T. Mueser, and Hans D. Brenner	Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective?	Schizophrenia Bulletin vol. 32 no. S1 pp. S81–S93, 2006
29- Marcelo Valencia, Esther Murow, Maria Luisa Rascon	Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples	Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 3, 535-549
30- Briand C, Vasiliadis HM, Lesage A, Lalonde P, Stip E, Nicole L, et al.	Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes.	J Nerv Ment Dis 2006 Jul;194(7):463-470
31- Shon W. Lewis, Nicolas Tarrier and Richard J. Drake	Integrating non-drug treatments in early schizophrenia	British Journal of Psychiatry (2005), 187 (suppl. 48), s65-s71

Fuente: elaboración propia

6. RESULTADOS

Según los autores podemos encontrar numerosas terapias psicosociales, las cuales abarcan distintos ámbitos de la esquizofrenia. A continuación describiremos brevemente algunas de las terapias más significativas que se pueden emplear en el tratamiento de este trastorno psicótico:

- **Rehabilitación cognitiva:** aplicación de procedimientos y técnicas con el fin de que la persona con déficit cognitivo pueda retomar de manera segura e independiente sus actividades cotidianas. ⁽³⁾

El deterioro cognitivo se considera síntoma central de la esquizofrenia, debido a su persistencia omnipresente en cada fase del trastorno y su influencia en el funcionamiento diario de los pacientes. Es perceptible desde el primer episodio y muy pronunciado en las áreas de atención, memoria verbal y funcionamiento ejecutivo ^(10, 11, 12, 13)

La rehabilitación cognitiva estimula y produce una mejora en dominios cognitivos tales como atención, memoria, funciones ejecutivas, consciencia, alteraciones del comportamiento y emocionales, entre otros. Además, la mejoría en estos aspectos implica también una mejora a nivel de las actividades de la vida diaria (estudios, trabajo, relaciones sociales) ^(3, 10)

En el campo de rehabilitación neuropsicológica se pueden emplear programas individuales (ejercicios verbales, escritos o computarizados), y programas grupales (ejercicios verbales o computarizados). En estas aplicaciones electrónicas se incluyen softwares tales como: Grador, Rehacom, THINKable o PSSCogRehab (Psychological Software Services CogRehab). ^(3, 10, 12)

Se han desarrollado más de 40 estudios sobre la rehabilitación cognitiva. Varios de ellos coinciden en que constituye uno de los instrumentos de mayor importancia en el tratamiento del deterioro cognitivo, existiendo evidencia de que ofrece beneficios sustanciales y duraderos en las funciones cognitivas ^(3, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Se han publicado dos meta-análisis (McGurk et al. 2007 y Wykes et al. 2011), los cuales incluyen 26 y 40 estudios respectivamente, los

cuales obtuvieron resultados similares. Se demostró una mejora significativa en la cognición y en el funcionamiento psicosocial, y una mejora menor, pero aun así significativa, reduciendo los síntomas de la enfermedad. ^(16, 17, 18)

Hongbo et al. llevaron a cabo un ensayo clínico controlado en China en 2012, en el cual participaron 126 pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica. Fueron divididos en dos grupos, uno de ellos recibiría rehabilitación cognitiva y un grupo de control recibiría otras terapias ocupacionales estándar, ambos durante el mismo periodo de tiempo (3 meses) y con la misma frecuencia. Los resultados del estudio demostraron una mejora significativamente mayor en el grupo que estaba realizando esta terapia, tanto en su funcionamiento cognitivo como en su percepción y actitud respecto al tratamiento de su enfermedad. También se detectó mejoría en sus habilidades sociales, pero no existía diferencia significativa entre ambos grupos. ⁽¹⁴⁾

En 2014 Lin et al. publicaron una revisión en la cual se analizan los actuales tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos, para el déficit cognitivo en la esquizofrenia. Respecto a la rehabilitación cognitiva no farmacológica encontraron beneficios a corto plazo con un efecto pequeño a moderado, y también mejoras en muchos dominios cognitivos que perduraron hasta 6-12 meses. Concluyen su artículo expresando la necesidad de investigar la terapia combinada (farmacológica y no farmacológica) en la rehabilitación cognitiva. ⁽¹¹⁾

- **Terapia cognitivo-conductual:** se emplea como complemento a la terapia farmacológica antipsicótica para promover un mejor control sintomático, una mejor adherencia al tratamiento y la integración del paciente a su medio. Su primera aplicación data de 1952. ⁽⁵⁾

La relación terapéutica asume mucha importancia en el inicio del tratamiento, ya que el terapeuta realizará una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender cómo las cogniciones influyen en sus emociones y conductas, y como catalizador, promoviendo

experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten pensamientos y habilidades adaptativas.⁽⁵⁾

Durante la terapia se tratan los siguientes campos: entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar conductual, entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales, tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas, tratamiento de los delirios, alucinaciones y síntomas negativos.⁽⁵⁾

En la actualidad es una de las intervenciones más prometedoras en el tratamiento de las manifestaciones clínicas y sus consecuencias psicológicas y psicosociales, ha demostrado eficacia en la cronicidad global de la sintomatología, la sintomatología aguda, los síntomas positivos residuales y los síntomas negativos.⁽⁶⁾

Varios estudios demuestran la efectividad de esta terapia si es aplicada durante un periodo de tiempo de al menos 6 meses, reduciendo sintomatología positiva (principalmente) y negativa, y llegando a durar sus efectos hasta 6-9 meses, o incluso más, tras finalizar la terapia.^(5, 13, 19)

Desde los primeros y prometedores estudios llevados a cabo en 1990, se han realizado más de 40 estudios y varios meta-análisis en torno a esta terapia, y la literatura ha sido revisada en repetidas ocasiones, llegando la mayoría de estas revisiones a la misma conclusión: la terapia cognitivo conductual es más eficaz que el tratamiento habitual reduciendo los síntomas y mejorando el funcionamiento de los pacientes que padecen esquizofrenia.^(18, 20)

En el 2007 Wykes et al. llevaron a cabo un meta-análisis en el que incluyeron 34 estudios para investigar los efectos de los distintos ensayos (rigor metodológico, síntomas incluidos, métodos de acción...), y demostraron que la eficacia de la terapia en los síntomas positivos de la esquizofrenia era patente siempre, en mayor o menor medida dependiendo de la cantidad de información empleada, pero siempre presente. Además, se detectaron efectos de la terapia en campos que no eran objetivos principales de la terapia, por ejemplo un

aumento de la desesperanza. Sin embargo, en un ensayo clínico controlado (Bateman et al.), se demostró la eficacia de la terapia disminuyendo significativamente las ideas suicidas en estos paciente, y recalcó la importancia de tratar la desesperanza y angustia que causan los síntomas de la esquizofrenia en las terapias psicosociales. (21, 22)

En 2011 se publicó otro meta-análisis (Sarin et al.) que incluía 22 estudios, cuya finalidad era comparar la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento habitual de la esquizofrenia. En todos los apartados (síntomas, recaídas, dosis de medicación...) se obtuvieron mejores resultados para aquellos pacientes que realizaban terapia cognitivo conductual, pero ninguno de ellos resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, estos resultados pueden ser debidos a la falta de estudios llevados a cabo en pacientes recién diagnosticados, ya que la mayoría se centran en pacientes crónicos los cuales ya presentan un nivel avanzado de deterioro cognitivo y social. También se hizo patente la falta de estudios de la eficacia de esta terapia aplicada de forma grupal. (23)

- **Terapia psicológica integrada (IPT):** desarrollada por Roder, Brenner, Hodel y Kienzle en 1996. Pertenece al programa terapéutico de corte cognitivo-conductual, consistiendo en una intervención jerarquizada por etapas y siendo su principal objetivo reducir los déficits cognitivos en las funciones de atención y percepción. (7, 19)

Esta intervención se fundamenta en las diferencias que muestran los pacientes con esquizofrenia en los distintos niveles de la organización de la conducta, y establece que las deficiencias en un nivel pueden perjudicar el rendimiento en los otros, ya que están dispuestos jerárquicamente cambios en las funciones cognitivas básicas se asociarán a cambios en funciones cognitivas más complejas. (7)

Es una terapia grupal pensada para desarrollarse en grupos pequeños (4 a 8 pacientes), compuesta por cinco subprogramas para la mejora de las habilidades deficitarias (Diferenciación Cognitiva, Percepción

Social, Comunicación Verbal, Habilidades Sociales, Resolución de Problemas Interpersonales), los cuales están concebidos con un nivel de exigencia creciente. (7, 19)

Ha sido demostrada su eficacia en el entorno grupal (Zimmer et al, Gabaldón et al, Briand et al.), y también se ha encontrado un estudio en el cual se aplicaba esta terapia de forma individual y domiciliaria, conjuntamente con otras terapias, resultando también eficiente (Moriana et al.). En todos ellos se encontró una mejoría estadísticamente significativa en sintomatología cognitiva, afectiva y negativa, así como un incremento en el rendimiento en la medida de atención selectiva y memoria auditiva, y una mejora en la satisfacción con la vida. (7, 19, 24, 25)

Se han publicado dos meta-análisis que analizan la eficacia de la IPT (Roder et al. y Mueller et al.), siendo realizado el primero en 2006 y actualizado en 2011, y el segundo en 2013. Roder et al. analizaron los resultados de 36 estudios y observaron una gran mejoría en todas las variables (funcionamiento cognitivo, cognición social, síntomas negativos, funcionamiento psicosocial), manteniéndose sus efectos durante más de 8 meses. Mueller et al. por otra parte analizaron 15 estudios y los dividieron en dos categorías distintas por edad. Observaron también mejoría en funcionamiento cognitivo, cognición social, habilidades sociales, psicopatología y en el efecto terapéutico global, independientemente del grupo de edad, existiendo algunas diferencias entre ellos en las variables de cognición neuronal y social (mejores resultados en pacientes de mediana edad que en jóvenes) pero sin llegar a ser estas estadísticamente significativas. (26, 27, 28)

- **Intervenciones familiares:** desde las primeras definiciones de esquizofrenia se ha considerado la contribución de la familia al establecimiento y curso de la misma. En los años 50 surge en Estados Unidos la terapia de familia a raíz de que muchas observaciones clínicas indicaron que los familiares podían influir poderosamente a favor o en contra en el curso de la enfermedad. Surge entonces el

concepto de emoción expresada (estilo de comunicación prevalente en una familia), refiriéndose una alta emoción expresada a la predominancia del criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional hacia el paciente esquizofrénico. ⁽¹⁹⁾

Se centran en dar información sobre la enfermedad, reducir la problemática socio-familiar, mejorar la emoción expresada y entrenar habilidades para facilitar la convivencia. ⁽¹⁹⁾

Se ha demostrado la eficacia de estas terapias en múltiples estudios tras décadas de investigación, reducen el número de recaídas (resultando rentables) a través de una reducción del nivel de emoción expresada, el estrés y la carga familiar, y la estimulación de la capacidad de los familiares para solucionar los problemas, mejorando también la adherencia farmacológica de los pacientes y consiguiendo que la dosis de fármaco requerida sea menor. ^(13, 29, 30, 31)

Las investigaciones en torno a estas terapias han demostrado que niveles altos de criticismo por parte de la familia incrementan la probabilidad de recaídas en pacientes con esquizofrenia, así como ser el cuidador principal de una persona con esquizofrenia puede causar gran angustia. Es por ello que las terapias familiares ayudan no solo al paciente, sino también a su familia, ofreciendo información y ayuda. ⁽³¹⁾

El porcentaje de recaídas en pacientes que acuden a este tipo de terapias es del 24%, frente al 64% en aquellos que reciben el tratamiento habitual. Se ha demostrado que las terapias que duran más de 9 meses provocan mejores resultados que aquellas cuya duración es menor. ⁽³¹⁾

- **Terapia de apoyo y otras terapias:** no existe una definición exacta de este tipo de terapia, está basada en la relación terapeuta-paciente, por lo que aspectos como empatía, honestidad, calidez, confiabilidad y paciencia son claves en el terapeuta. Incluye algunos elementos de afrontamiento adaptativo de las dificultades, psicoeducación, apoyo e instrucciones para la resolución de problemas. También se profundiza en mejorar las relaciones interpersonales y lograr una vida

independiente. Otras intervenciones que se han ensayado (pero con éxito discutible) en pacientes esquizofrénicos son: psicodrama, grupos de apoyo, análisis transaccional, danzaterapia, musicoterapia, terapias humanistas...⁽⁶⁾

▪ **Modelos alternativos de apoyo institucionalizado, asociaciones y proyectos:**

- ❖ Proyecto Soteria: su nombre proviene del griego y significa salvación, es originario de California, Estados Unidos, fundado en 1971 y replicado de 1974-1980 bajo el nombre de Emanon. Los profesionales recurren a no-profesionales (laicos) para el apoyo de las personas esquizofrénicas, siendo su función estar ahí para ellos, no curarlos ni tratarlos. Se evitaban así reacciones “contaminadas” por la ideología psiquiátrica, y buscaban personas con capacidad de comprender las vivencias y acciones alocadas, que crearan una presencia constante y tranquilizante sin hostigar, exigir ni molestar. Los psicofármacos eran administrados en casos muy aislados y siempre bajo el control de la persona afectada.⁽⁸⁾
- ❖ Refugio de Crisis: alternativa a la psiquiatría de internación establecida por personas afectadas en Tompkins County, Nueva York. Su objetivo era ofrecer un lugar al que retirarse a personas que consideraban necesaria una estadía en psiquiatría y/o temían ser internadas. Se trabajó en este proyecto de 1994 a 1996, y lo que lo hacía destacar era la participación de los afectados, el modelo no-médico y no-coercitivo, la definición de necesidades por los mismos afectados y el apoyo mutuo como base fundamental.⁽⁸⁾
- ❖ Diálogo Abierto: basado en el tratamiento del mismo nombre desarrollado por el psiquiatra finlandés Yrjö Alanen. Según Seikkula y Alakare, que hablan sobre este enfoque en “Alternativas a la psiquiatría”, los prerrequisitos necesarios son: comprensión sistémica de la psicosis que se apoya en trastornos en las relaciones y no en trastornos cerebrales, relación inmediata, involucramiento de la red social, asunción de responsabilidad,

continuidad psicológica, equipo interdisciplinario de profesionales y tolerancia ante la inseguridad (incluyendo la no administración de psicofármacos durante semanas). El objetivo es generar un proceso que dé seguridad a la persona y la anime a trabajar en sí misma, en lugar de recurrir a los neurolépticos, que según ellos reducen los recursos psicológicos de la persona, nublando su psiquis y sedándolo, pudiendo perjudicar el trabajo psicológico. ⁽⁸⁾

- ❖ Casa de Escape: Institución existente en Berlín para intervención de crisis que trabaja también bajo un enfoque antipsiquiátrico con apoyo las 24 horas del día por parte de personas que también han vivido situaciones similares. ⁽⁸⁾
- ❖ Windhorse: creado en 1981 por Edward Podvoll, antiguo psiquiatra, en Colorado. Tras comenzar a practicar meditación budista estaba convencido de que combinando la psicología occidental y la oriental se podían abrir nuevos caminos para ayudar a las personas. ⁽⁸⁾
- ❖ La Cura: es una comunidad existente en Sicilia, Italia, siendo uno de sus cofundadores Giuseppe Bucalo. Los trabajadores son voluntarios que crean una red de apoyo para personas que quieren vivir su locura, lejos de todo concepto de enfermedad y curación psíquica. En 1996 se conformó la Asociación Penélope, que también forma parte de La Cura, siendo una red que brinda cobijo, alimento, vestimenta, vivienda y trabajo a todas esas personas que no quieren o no pueden vivir con su familia. ⁽⁸⁾
- ❖ Diabasis: su nombre proviene del griego y significa transición, fue un modelo de una práctica antipsiquiátrica modificada en San Francisco. Se originó en 1970, cuando el psiquiatra John Perry creó un proyecto de vivienda para personas con psicosis. El personal contratado no tenía formación en psicopatología, y compartían el punto de vista de que el etiquetaje psiquiátrico tiene un efecto destructor en sus clientes. No se administraban

psicofármacos y el ambiente era cálido, abierto y libre para la expresión. ⁽⁸⁾

- ❖ Hearing Voices: es una asociación existente en Reino Unido, cuyo primer grupo fue formado en 1988 en Manchester. Sus investigaciones revelan que existen diversas explicaciones para el fenómeno de escuchar voces además de la conocida definición de “alucinaciones auditivas”. Sus objetivos son: despertar conciencia en cuanto a la escucha de voces, visiones y otras experiencias sensoriales, dar la oportunidad a la gente que tiene estas experiencias de hablar sobre ellas libremente y apoyar a cualquier persona con estas experiencias, procurando entender, aprender y crecer a partir de ellas, a su manera. Intervoice es la Red Internacional de este movimiento, en la cual se muestra la escucha de voces como una variación normal, aunque inusual, en el comportamiento humano, siendo el problema la incapacidad de hacer frente a la experiencia, y no la experiencia en sí. ^(32, 33)

“Many voices can be unthreatening and even positive. It’s wrong to turn this into a shameful problem that people either feel they have to deny or to take medication to suppress.” ⁽²²⁾

Professor Marius Romme

- ❖ Saltando Muros: consiste en un blog pro-salud mental en lucha contra el estigma que limita los derechos y las posibilidades reales de recuperación a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que permite un punto de encuentro entre ellas, sus familias, los profesionales que los atienden y la sociedad. Fue creado, editado y administrado por Esther Sanz (Psicóloga Clínica) y César M. Estévez (Enfermero especialista en Salud Mental) y su punto de partida era el convencimiento de que las personas diagnosticadas de trastornos mentales graves tienen mucho que decir. Por ello incluyeron un “taller del blog” dentro del programa de estimulación cognitiva que llevan a cabo desde el servicio de

psicología de la unidad de subagudos, coordinado por Esther, en el que elaboraban nuevos materiales para el blog. Sin embargo, tristemente y a pesar de las elogiosas críticas que ha recibido durante su desarrollo, el blog se encuentra ahora mismo inactivo, desde agosto del 2013. ⁽³⁴⁾

- ❖ La Otra Psiquiatría: es un grupo de profesionales interesados en el estudio de la psicopatología y el psicoanálisis, en el trato con el loco, el trabajo en instituciones sanitarias y la formación de residentes de Psiquiatría y Psicología clínica. No es una asociación profesional o científica, ni pertenece o pertenecerá a ninguna de ellas. En 2004 convocaron las primeras Jornadas, y desde entonces se reúnen anualmente en Valladolid, Ourense o Vigo para tratar de los temas que nos interesan, en especial la locura y su tratamiento. A mayores consta de un apartado de publicaciones para libros y artículos. ⁽³⁵⁾
- ❖ Radio Nikosia: fue una de las primeras emisoras en España realizadas por personas diagnosticadas de problemas de salud mental. Es una experiencia que intenta una mirada lateral sobre la locura y busca vías alternativas en el área para de-construir el estigma. Es un nuevo territorio de escucha y participación social para y con personas afectadas. Emplean la radio y otros medios de comunicación como medios de expresión, intervención y visibilización social, explorando a la vez otras vías como la del arte o la poesía. Son más de 70 personas que se reúnen para darle forma a este intento de hablar de la locura desde la voz que la sufre, increpando a la locura, cuestionándola, refugiándose en ella, redefiniéndola y ubicándola en el lugar de lo normal. La experiencia es coordinada por la Asociación Socio-Cultural Radio Nikosia, que tomaron como modelo Radio Colifata de Buenos Aires. ⁽³⁶⁾
- ❖ Radio Prometea: consiste en un programa de radio sobre salud mental en primera persona, desde un punto de vista de Derechos Humanos y con una visión crítica. Emiten en CUAC FM 103.4, la

radio comunitaria de A Coruña, y también online. Uno de cada dos viernes de 20.00 a 21.00, excepto en vacaciones y festivos, habiendo redifusión otros días de la semana. ⁽³⁷⁾

En cuanto al papel de la enfermera especialista en salud mental no se encontraron apenas artículos que la relacionaran con estas terapias. En la búsqueda realizada en la base de datos CUIDEN se obtuvo únicamente un artículo en el cual, basándonos en el título, se relacionaban estas intervenciones con la enfermería, sin embargo no se tenía acceso al texto completo (*Andrés Álvaro, Esther de. La enfermería de salud mental dentro de la terapia integrada de la esquizofrenia*).

Cabe destacar que de los 50 artículos encontrados en esta base de datos solo este hacía referencia a la enfermería dentro de las terapias psicosociales. Tratándose de una herramienta de búsqueda estrictamente enfermera, en la cual está incluida la revista PRESENCIA (especializada en cuidados enfermeros de salud mental), estas cifras resultan alarmantes.

Por otro lado, en la plataforma ENFISPO (base de datos de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid) solo se encontraron 2 artículos que hacían referencia en su título a la enfermería involucrada en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia (*Otaúy Zubia, M. Psicoeducación a las familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve y Franc Bleda García, Alberto Granero Lázaro, Yolanda Balaguer Solé, Eloisa Arias Núñez. Intervención de enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico*). Ninguno de estos artículos pudo incluirse en la revisión por imposibilidad de acceso al texto completo.

Las búsquedas realizadas en las demás bases de datos no otorgaron ningún resultado relacionado con las enfermeras que cumpliera los criterios de inclusión de esta revisión bibliográfica.

7. DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que las terapias psicosociales y de rehabilitación así como los modelos alternativos de apoyo institucionalizado han demostrado su eficacia en el tratamiento complementario de la esquizofrenia, llegando a permitir en algunos casos reducir las dosis de antipsicóticos precisadas por los pacientes o incluso prescindir de su uso. Se han encontrado múltiples artículos referentes a la rehabilitación cognitiva, casi todos ellos apoyando su eficacia y relevancia en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que se han demostrado sus beneficios en los déficits cognitivos presentes en esta enfermedad. ^(10, 11,12, 13, 14)

Los estudios realizados recalcan la necesidad de nuevos estudios con muestras de mayor tamaño y heterogeneidad, que permitan generalizar estos resultados y nos otorguen más evidencia, ya que aún quedan muchas preguntas por resolver, por ejemplo: ¿cuánto tiempo se mantienen los resultados cognitivos conseguidos por los pacientes? ¿Son necesarias sesiones posteriores de recuerdo? ^(11, 14)

La revisión realizada por Lin et al revela resultados favorables pero moderados, sin embargo esto es probablemente debido a las características y el pequeño tamaño de las muestras de pacientes empleadas en los estudios realizados, por lo que no estarían totalmente claros los resultados a largo plazo de esta terapia. Llevándonos de nuevo a la misma cuestión, la necesidad de nuevos estudios con muestras mayores y que nos muestren los resultados a largo plazo. ⁽¹¹⁾

El meta-análisis realizado por McGurk et al en 2007 concluyó que esta terapia no solo mejora el funcionamiento cognitivo, si no que esta mejora conlleva también mejoras a nivel psicosocial y funcional, lo cual resulta extremadamente beneficioso para las personas que padecen esquizofrenia. Sin embargo, destacan que es probable que esta terapia funcione mejor cuando se emplea concomitante al tratamiento psiquiátrico, ya que los estudios en los que se empleaban ambos tratamientos obtuvieron resultados mucho mejores. ⁽¹⁶⁾

En cuanto a la terapia cognitivo-conductual es de la que más bibliografía se ha encontrado, demostrando resultar de gran ayuda en el tratamiento de esta enfermedad. La investigación de su efectividad es extensa, aunque no todos los ensayos son metodológicamente adecuados y hasta el momento existen pocos estudios que recomiendan esta terapia. Resulta una intervención muy prometedora, y estudio tras estudio queda patente su efectividad reduciendo síntomas positivos y alteraciones emocionales, y en menor medida, síntomas negativos. ^(5, 6, 13)

En el meta-análisis realizado por Wykes et al se hacía patente en 4 artículos que la terapia cognitivo-conductual podría aumentar la desesperanza en los pacientes sometidos a ella, sin embargo esto se contradice en el estudio de Bateman et al, en el cual se afirma que esta terapia reduce el riesgo de suicidio, gracias a la relación de confianza que se establece con el terapeuta y a ser escuchados, reduciendo así el aislamiento social del paciente y mejorando su autoestima. Me inclino a pensar que esta terapia tiene un efecto positivo en la percepción de sí mismos de los pacientes, y su objetivo es que conozcan sus limitaciones y características personales y se sientan cómodos con ellas. Bien cierto es que es probable que se pueda conseguir exactamente lo contrario, por eso debemos establecer una relación de confianza desde el primer día, para que puedan abrirse sin miedo a ser juzgados y podamos ayudarles de una manera más eficiente. ^(21, 22)

Por otro lado, el meta-análisis realizado por Sarin et al concluyó que la terapia tiene efectos positivos en todos los síntomas del trastorno, tanto positivos como negativos y generales. Señala que los meta-análisis previos (Wykes et al. y Lynch et al.) no observaron mejoras importantes porque midieron los efectos de la terapia solo en el momento en el que esta finalizó, y parece ser que esta terapia tiene efectos positivos retardados que pueden aparecer meses después de realizar la terapia. ⁽²³⁾

La terapia psicológica integrada (IPT) ha demostrado su eficacia como intervención grupal (Zimmer et al, Gabaldón et al, Briand et al.), disminuyendo síntomas clínicos y déficits cognitivos inherentes al

trastorno esquizofrénico. También se ha encontrado un estudio en el cual se aplica de forma individual, resultando también satisfactoria (Morian et al.). Sin embargo, resulta evidente la necesidad de un mayor número de estudios que respalden la eficacia de esta terapia. ^(7, 19, 24)

Los meta-análisis analizados en esta revisión (Roder et al. y Mueller et al.) afirman que los resultados de esta terapia son mucho mejores cuando se aplican todos los subprogramas juntos, corroborando los resultados de otros estudios que declararon que la rehabilitación cognitiva alcanza sus mejores resultados cuando se aplica combinada con una intervención psicosocial. ^(26, 27, 28)

En las intervenciones familiares han sido demostradas mejoras estadísticamente significativas en sintomatología general (positiva y negativa) y ajuste social, así como una disminución en las recaídas. Permiten la reducción del uso de neurolépticos, pero no eximen de su toma. Además, deben extenderse en el tiempo, ser complementadas con otras intervenciones y acompañarse intervenciones centradas en el no consumo de alcohol y drogas y en la adherencia a la medicación. ^(13, 29, 30)

Esta revisión se centra especialmente en la rehabilitación cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicológica integrada, sin embargo, la efectividad de las terapias familiares en el tratamiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia ha quedado demostrada en más de 50 estudios, reduciendo las recaídas y hospitalizaciones, y mejorando el funcionamiento psicosocial. ⁽¹⁹⁾

En esta revisión tampoco se tratan exhaustivamente otras terapias de apoyo tales como el psicodrama, grupos de apoyo, análisis transaccional, danzaterapia, musicoterapia o terapias humanistas. Sin embargo, durante la búsqueda bibliográfica sí que se encontraron algunos estudios que los mencionaban, como terapias complementarias a otras psicoterapias. Resultan intervenciones muy interesantes y que valdría la pena investigar más a fondo, junto a las intervenciones familiares, ya que tienen mucho que ofrecer a los pacientes que padecen esquizofrenia. ^(4, 6, 39)

Por último encontramos los modelos alternativos de apoyo institucionalizado, asociaciones y proyectos existentes, los cuales a pesar de no haber sido revisados en profundidad en este trabajo, resultan una iniciativa increíble que ofrecen una ayuda como ninguna otra a todas aquellas personas que padecen este trastorno mental. Les permite integrarse plenamente en el día a día, y sentirse cómodos consigo mismos. Sin olvidarnos de mencionar las instituciones en las cuales los pacientes son los responsables máximos de su propia salud, y son los que deciden cómo y cuándo tomar la medicación antipsicótica que tanta controversia causa, debido a todos los efectos adversos que presentan.⁽⁸⁾

Resulta evidente la falta de homogeneidad sobre los resultados positivos que pueden ofrecer a los pacientes que padecen esquizofrenia las terapias psicosociales que se emplean hoy en día. Si bien es cierto que existe un gran número de estudios que demuestran estos efectos, pocos los catalogan de sobresalientes. Esto es debido a los planteamientos de los estudios, los cuales acostumbran a centrarse en un paciente tipo, normalmente mayor de 40-50 años, diagnosticado hace mucho tiempo y considerado ya un paciente crónico importante.

Es necesario que se realicen más estudios, más largos, con muestras de mayor tamaño y variedad, que investiguen más a fondo estas terapias. Es importante también que avancemos, pues muchas de estas terapias surgieron hace ya décadas, y resultan muy interesantes todos los proyectos e instituciones innovadores que están surgiendo hoy en día, desde el diálogo abierto de Finlandia, hasta los pequeños blogs creados por profesionales centrados en luchar por los derechos de las personas, pasando por todas las instituciones en las que los pacientes son realmente libres, las radios rompe-estigmas, y las asociaciones dedicadas a normalizar las pequeñas peculiaridades como pueden ser la escucha de voces, identificándola como algo normal aunque poco frecuente, y ayudando así a mejorar la autoestima de estas personas esquizofrénicas, que tan fuertemente son estigmatizadas día a día en nuestra sociedad.

En ninguno de los artículos empleados para la realización de este trabajo se mencionaba quién estaría llevando a cabo las intervenciones, refiriéndose todos ellos a esta persona como “terapeuta”. Durante la búsqueda se encontraron varios artículos que relacionaban la terapia ocupacional con estas terapias, y solo un par de ellos que las relacionan con la enfermería (a los cuales no se consiguió tener acceso al texto completo).

Queda patente en el “Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave” llevado a cabo por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en el 2007 la necesidad de un profesional de enfermería dentro del equipo multidisciplinar que se ha de encargar del tratamiento (detección precoz, diagnóstico, atención en crisis, tratamiento de mantenimiento) y la rehabilitación psicosocial del paciente diagnosticado de enfermedad mental grave y duradera. ⁽⁴⁰⁾

Estos equipos se constituyen fundamentalmente por psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, pero debe completarse con psiquiatras en algunos servicios de rehabilitación y, en menor medida, con profesionales de enfermería. ⁽⁴⁰⁾

Por otro lado nos encontramos con el los Equipos de Tratamiento Asertivo-Comunitario (ETAC), que se conforman fundamentalmente de personal de enfermería y en menor medida de psiquiatría, trabajo social y auxiliar de enfermería (no cuentan con un psicólogo). La finalidad de estos equipos es atender a personas adultas con un trastorno mental severo que por esta patología no acude a los recursos normalizados. Son ellos mismos los que se desplazan hasta su domicilio garantizando la asistencia integral del paciente en su entorno con los recursos socio-sanitarios disponibles en su comunidad. Para acceder a este recurso, la propuesta debe realizarse desde CSM, Unidades de Rehabilitación, URME y CADs. ⁽⁴¹⁾

Se distinguen dos roles básicos dentro del equipo:

- **Coordinación:** supervisión general del trabajo, potenciación de todos los aspectos vinculados con la organización interna,

comunicación y planificación general de la actuación entre los diferentes profesionales... De manera habitual es desarrollada por algún miembro del personal facultativo del equipo, pero serían posibles otras formas de organización interna, incluyendo la rotación entre diferentes miembros. ⁽⁴¹⁾

- **Referente personal (tutoría):** cada profesional tiene asignado un número de personas a atender de las que será referente personal. Su función esencial será coordinar el programa individual, desarrollando cuantas actividades sean de su directa responsabilidad, y garantizando además la actuación de las demás personas implicadas en el desarrollo del programa, facilitando la comunicación entre profesionales de los diferentes servicios y el usuario/a. Entre sus funciones destacan: velar por los derechos de los pacientes a su cargo, potenciar su autonomía y mejorar su adaptación social, diagnosticar, evaluar y priorizar la respuesta a las necesidades detectadas, mejorar su acceso a los dispositivos comunitarios, reducir las interrupciones del tratamiento y velar por la vinculación terapéutica, mejorar la calidad de vida percibida por el/la usuario/a e intervenir sobre las problemáticas familiares detectadas (de apoyo, de ayuda al tratamiento, de orientación e información), entre muchas otras. ⁽⁴¹⁾

La dinámica de trabajo dentro del ETAC es crucial para su adecuado funcionamiento, funcionando como un sistema adaptativo complejo en el que todos sus integrantes están interconectados entre sí. Está formado por una variedad de profesionales con distintos puntos de vista y formación que deben combinar sus conocimientos para crear una innovadora y eficiente solución a los problemas y necesidades de cada paciente. ⁽⁴¹⁾

Entre las actividades específicas de enfermería se incluyen: la realización de una valoración de enfermería durante la evaluación inicial, que se iniciará en la primera entrevista con el paciente y su familia, junto a una historia clínica detallada y una evaluación de los aspectos significativos de

las visitas domiciliarias; la realización de una evaluación de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Gordon y los diagnósticos de enfermería NANDA, con especial interés en definir las intervenciones a realizar (que se codificarán de acuerdo a los códigos NIC), ésta formará parte del plan individualizado de tratamiento del individuo; intervenciones orientadas a disminuir los síntomas y minimizar el deterioro, así como a aumentar las habilidades y competencias del individuo; realización del alta de enfermería. ⁽⁴²⁾

Existe un artículo referido a la promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería, publicado en la revista Presencia en 2005. En él se reflexiona sobre el hecho de que la promoción de la salud mental está implícita en los cuidados de enfermería y constituye la intervención psicosocial de enfermería. Dos son las premisas que lo sustentan:

- 1) Asumir la promoción de la salud mental como un apartado dedicado a las personas “mentalmente sanas” trabajando con el objetivo de potenciar sus recursos personales de afrontamiento y adaptación, reforzar su estructura psicológica y, en definitiva, incrementar su estado de bienestar.

- 2) Aceptar la concepción integral del cuidar (bio-psico-social-espiritual).

Son múltiples las ocasiones en las que la enfermería realiza intervenciones psicosociales sin tomar conciencia de que en realidad son intervenciones de promoción de la salud mental, porque se están realizando en población “mentalmente sana”: ayudando a las personas a expresar sus sentimientos y preocupaciones, reforzando las estrategias adaptativas que la persona está utilizando, ayudando a interpretar la naturalidad de muchos sentimientos, intentando incrementar el estado de ánimo favorable o utilizando tonos de voz y formas de comunicación que resulten tranquilizadoras. Estas intervenciones, y muchas más, las realizan cotidianamente todos los profesionales de enfermería, en el campo específico en el que estén desarrollando su actividad profesional.

⁽⁴³⁾

Existen libros disponibles que tratan sobre la enfermería psicosocial, en ellos se pretende determinar los factores que influyen en el bienestar subjetivo, la adaptación y el aprendizaje de un estilo de vida positivo; demostrar capacidad para manejar las relaciones interpersonales, establecer una relación terapéutica que ayude al individuo en su proceso de reeducación y adaptación al medio, detectar las necesidades que presenta el grupo familiar interviniendo para optimizar su capacidad como grupo de apoyo, desarrollar habilidades de intervención enfermera adecuadas a las distintas situaciones de cambio, colaborar en el desarrollo e implantación de programas de rehabilitación psicosocial, aplicando la metodología enfermera, y actuar como agentes de cambio para crear condiciones para la salud mental en los diferentes ámbitos de relación y atención en los que actúa. ^(44, 45)

Resulta preocupante, existiendo hoy en día la especialidad enfermera en Salud Mental y sabiendo que muchas enfermeras están realizando intervenciones psicosociales día a día en sus trabajos, que no existan más artículos sobre estas intervenciones que cursen desde un punto de vista enfermero. Es necesario comenzar a ampliar la investigación enfermera en torno a los trastornos psicóticos y las terapias que se realizan con estas personas.

Por otro lado también es destacable la falta de trabajos españoles referentes a las terapias psicosociales aplicadas a la esquizofrenia. Tras búsquedas exhaustivas en varias bases de datos españolas sin éxito, la mayoría de la bibliografía de esta revisión fue encontrada en PubMed, reduciéndose el número de artículos españoles a 4.

8. CONCLUSIÓN

El tratamiento de la esquizofrenia aplicado a todas las esferas del individuo se encuentra en continua evolución. A lo largo de los últimos años se ha demostrado la eficacia de las terapias psicosociales como coadyuvantes del tratamiento farmacológico ayudando a tratar los síntomas, los déficits de cognición, mejorar la adherencia al tratamiento y evitar las recaídas.

Sin embargo, y a pesar de los numerosos estudios que se están llevando a cabo en torno a estas terapias, no existe ninguna evidencia que afirme que estas terapias puedan ser el único tratamiento que precisen estos pacientes, y que les permitiera prescindir de la medicación farmacológica. La eliminación del tratamiento farmacológico no es una idea novedosa, es algo que lleva persiguiéndose desde los años 70 (Proyecto Soteria, Diabasis, Hearing Voices...), y que se ha conseguido en varias ocasiones. Resulta evidente la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios en los cuales se considere la opción de eliminar la terapia farmacológica, y comprobar si estas terapias podrían llegar a considerarse el tratamiento central de la esquizofrenia, junto a nuevas propuestas como el diálogo abierto, y asociaciones como Hearing Voices.

Por último, como cuestión importante: ¿quién se encarga de realizar estas terapias psicosociales? En ninguno de los artículos empleados en esta revisión se especifica qué estudios tiene el terapeuta que las realiza. Hoy en día las enfermeras están más que capacitadas para realizar este tipo de intervenciones, existiendo incluso la especialidad de psiquiatría. Sin embargo, existen muy pocos artículos en los que se hable de la relación de la enfermera de salud mental con la realización de estas intervenciones.

Es preciso que se realicen más estudios en torno a estas terapias que tan importantes resultan para los pacientes psiquiátricos, sobre todo en el ámbito de la investigación enfermera.

9. CRONOGRAMA

Tabla 4. Cronograma

Actividades / Meses	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda Bibliográfica en la Biblioteca de Oza y bases de datos	X	X	X	
Lectura detenida de los artículos	X		X	X
Cribado de artículos	X		X	
Redacción del trabajo	X	X	X	X
Aplicación del formato adecuado al trabajo				X

Fuente: elaboración propia

10. PLAN DE DIFUSIÓN

Para difundir este trabajo se llevarán a cabo dos acciones diferenciadas, por un lado mediante la presentación del mismo al Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, llevado a cabo por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) de manera anual. Se presentaría el trabajo al congreso que se llevará a cabo en el 2016, ya que el de este año tiene lugar a finales de Mayo y resulta imposible presentarlo.

Por otro lado, a través de su publicación en revistas editadas en castellano o en inglés, relacionadas con el tema de la revisión en cuestión, y preferiblemente con un alto factor de impacto. Las revistas seleccionadas son:

- 1) International Journal of Mental Health Nursing (ISSN: 1447-0349), editado por Kim Usher. Para poder publicar en esta revista sería necesario reducir la extensión del trabajo a un máximo de 5000 palabras, y posteriormente enviarlo desde la siguiente página web: <http://mc.manuscriptcentral.com/ijmhn>. Según datos del 2013, SJR: 1,068, Cites per doc: 3,018 e Impact Factor: 2,009.
- 2) Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services (ISSN: 1938-2413), editado por Shirley A. Smoyak. Para poder publicar en esta revista sería necesario reducir la extensión del trabajo a un máximo de 15 páginas, y posteriormente enviarlo desde la siguiente página web: <https://www.rapidreview.com>. Según datos del 2013, SJR: 0,313, Cites per doc: 0,977 e Impact Factor 0.873.
- 3) Issues in Mental Health Nursing (ISSN: 1096-4673), editado por Sandra P. Thomas. Se enviará a través de la página web: <https://mc.manuscriptcentral.com/umhn>, siguiendo las instrucciones que se facilitan en la página. Según datos del 2013, SJR: 0,45, Cites per doc: 1,108 e Impact Factor: 0.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Roca Bennasar, Miquel (Coord.). Trastornos Psicóticos. 1ª ed. Madrid: Ars Medica; 2007.
2. Sergio Niklitschek L, Paula Pino P. y Francisco Aboitiz D., PhD. Sincronía neuronal y esquizofrenia: luces y sombras. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49(4): 372-380.
3. Giugni Marylin, Bordones Daniel, Malavé Beisy, Grimón Francisca, Monguet Joseph Mª. Herramienta de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia. Universidad, Ciencia y Tecnología. 2009; 13(50): 51-58.
4. Marcelo Valencia, Esther Murow, María Luisa Rascón. Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. Revista Latinoamericana de Psicología. 2006; 38(3): 535-549.
5. Francisco Javier Muñoz Molina, Silvia Liliana Ruiz Cala. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(1).
6. Claudia Gutiérrez Ciceri, María Victoria Ocampo Saldarriaga, Juliana Gómez Franco. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008; 37(1).
7. O. Gabaldón Poc, M. Ruiz Iriondo, Mª A. Bilbao Ramírez, J.Mª. Burguera, A. Alústiza García, B. Erkizia Amilibia, Mª J. Sakara Magallón. Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010; 30 (105): 93-107.
8. Peter Lehmann. Alternativas a la psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (117), 137-150

9. Margarita Silvestre García, Joaquín Ingelmo Fernández, Alfonso García-Ordás Álvarez. Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013; 33(117): 289-300
10. Medalia A, Choi J. Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychol Rev.* 2009; 19(3): 353-364.
11. Lin CY, Tsai GE, Lane HY. Assessing and treating cognitive impairment in schizophrenia: current and future. *Curr Pharm Des.* 2014; 20(32): 5127-5138.
12. Bell MD, Fiszdon JM, Bryson G. Attention training in schizophrenia: differing responses to similar tasks. *J Psychiatr Res.* 2009; 43(4): 490-496.
13. Lewis SW, Tarrier N, Drake RJ. Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2005; 48: 65-71.
14. Lu H, Li Y, Li F, Jiao X, Shi W, Guo K, et al. Randomized controlled trial on adjunctive cognitive remediation therapy for chronically hospitalized patients with schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2012; 24(3): 149-154.
15. Murthy NV, Mahncke H, Wexler BE, Maruff P, Inamdar A, Zucchetto M, et al. Computerized cognitive remediation training for schizophrenia: an open label, multi-site, multinational methodology study. *Schizophr Res.* 2012; 139(1-3): 87-91.
16. Susan R. McGurk, Ph.D., Elizabeth W. Twamley, Ph.D., David I. Sitzer, Ph.D., Gregory J. McHugo, Ph.D., and Kim T. Mueser, Ph.D. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(12): 1791–1802
17. Til Wykes, Ph.D. Vyv Huddy, Ph.D. Caroline Cellard, Ph.D. Susan R. McGurk, Ph.D. Pál Czobor, Ph.D. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *Am J Psychiatry.* 2011; 168: 472–485

18. Juan Antonio Moriana, Eva Alarcón, Javier Herruzo. Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2006; 32(146): 719-742.
19. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013; 9: 465-497.
20. Lecomte T, Corbiere M, Simard S, Leclerc C. Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behav Sci (Basel)*. 2014; 4(4): 437-447.
21. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*. 2008; 34(3): 523-537.
22. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*. 2007; 37(3): 284-290.
23. Sarin F, Wallin L, Widerlov B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry*. 2011; 65(3): 162-174.
24. Marilene Zimmer, Adriana Veríssimo Duncan, Daniela Laitano, Eloisa Elena Ferreira, Paulo Belmonte-de-Abreu. A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(2): 140-7
25. Briand C, Vasiliadis HM, Lesage A, Lalonde P, Stip E, Nicole L, et al. Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(7): 463-470.

- 26.Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? Schizophr Bull. 2006; 32(1): 81-93.
- 27.Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ. Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. Schizophr Bull. 2011; 37 (2): 71-9.
- 28.Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. Integrated psychological therapy: effectiveness in schizophrenia inpatient settings related to patients' age. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21(3): 231-241.
- 29.Paloma Roxana García Ramos, Ana Moreno Pérez, Namdev Freund Llovera, Guillermo Lahera Forteza. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32(116), 739-756.
- 30.Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M. Cost-effectiveness of pharmacological and psychosocial interventions for schizophrenia. Cost Eff Resour Alloc. 2011; 9(6)
- 31.Velligan DI, Gonzalez JM. Rehabilitation and recovery in schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 2007; 30(3): 535-548.
- 32.Hearing-voices.org. Hearing Voices Network [Internet]. Reino Unido: Hearing-voices.org; [actualizada en 2015; acceso en Abril de 2015] Disponible en: <http://www.hearing-voices.org/>
- 33.Intervoiceonline.org. International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices [Internet]. Reino Unido: intervoiceonline.org; [actualizada en 2015; acceso en Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.intervoiceonline.org/>
- 34.Esther Sanz y César M. Estévez. Saltando Muros [Internet]. Tenerife: Esther Sanz y César M. Estévez; Diciembre 2009 [actualizada en Junio de 2014; acceso en Abril de 2015]. Disponible en: <http://blogsalmudmentaltenerife.blogspot.com.es/>

35. Laotrapsiquiatría.com. La Otra Psiquiatría [Internet]. Laotrapsiquiatría.com; 2004 [actualizada en 2015; acceso en Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.laotrapsiquiatria.com/>
36. Colectivo Radio Nikosia. Radio Nikosia [Internet]. Barcelona: Radionikosia.org; [actualizada en 2015; acceso en Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.radionikosia.org/>
37. Radio Prometea. Radio Prometea [Internet]. A Coruña: Radio Prometea; Abril 2013 [actualizada en Marzo de 2015 – acceso en Abril de 2015]. Disponible en: <https://radioprometea.wordpress.com/>
38. Rosa Elena Ulloa Flores, Tizbé del Rosario Sauer Vera, Rogelio Apiquian Guitart. Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. Salud Mental. 2011; 34: 429-433.
39. Emilia Pérez La Rotta. Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa. Revista de Psicología. 2012; 30(1): 129-168.
40. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007
41. Servicio Andaluz de Salud. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Andalucía: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
42. Ramos Ríos, Ramón; Sánchez Vázquez, Esperanza; Piñeiro Otero, Silvia; Currás Castiñeira, Manuela; Pérez Ferreiro, Manuela; Paz Baña, Áurea; Ferrer i Balsebre, Luis. Programa de continuidad de cuidados del servicio de psiquiatría de Santiago. ASMR. 2012; 11(3)
43. Lluch Canut MT. La promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería. Presencia. 2005: Jul-Dic; 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n2/19articulo.php>

44. Varios autores. Recursos y programas para la Salud Mental. Enfermería psicosocial II. España: Enfo Ediciones para FUDEN; 2008.

45. María Dolores Miguel López de Vergara. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. España: Elsevier; 2005

12. ANEXO I

Índice de tablas y figuras

TABLA	TÍTULO	PÁGINA
1	Resultados de la búsqueda inicial	12
2	Clasificación de Niveles de evidencia y Grados de recomendación	14
3	Estudios seleccionados definitivamente	15-18
4	Cronograma	39

FIGURA	TÍTULO	PÁGINA
1	Proceso de selección de artículos	13